

PETがん検診 申込書

必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送にて下記までお送りください。
 ご不明な点につきましては、フリーダイヤル 0120-101-773 までお問い合わせください。

《※印の箇所は必ずご記入ください。》

※フリガナ		性別		※生年月日	M・T・S・H	年	月	日
※お名前		男	女	※身長	cm	※体重	kg	
※ご住所	(〒 -)							
※電話番号	自宅	() - ()	FAX	() - ()				
	緊急連絡先 (携帯など)	() - ()	E-mail	@				
※勤務先	会社名 健康保険組合名() 健康保険組合)			TEL	() - ()			
かかりつけ 医療機関 (あれば)	医療機関名							
	主治医 科 先生							

ご希望コースに 印をつけてください。 (金額:消費税8%を含む)

自由診療

ベーシックコース (100,900円)

【オプション検査】 希望する 希望なし

- CEA(1,600円)・・・大腸がん、肺がんなどの検査
- CA19-9(2,000円)・・・膵臓がん、胆嚢がんなどの検査
- AFP(1,600円)・・・肝細胞がん、肝硬変などの検査
- SCC(1,600円)・・・食道がん、頭頸部がんなどの検査
- PSA<男性用検査>(1,900円)・・・前立腺がんなどの検査
- CA125<女性用検査>(2,200円)・・・卵巣がんなどの検査

スタンダードコース[1日]

- 一般(130,700円)
- 一般+婦人科(139,900円)

【オプション検査】 < 個人払い・ 会社請求>
 【組織検査】 < 個人払い・ 会社請求>

希望する 希望なし

スペシャルコース[1日]

- 一般(141,000円)
- 一般+婦人科(149,200円)

- H・ピロリ菌検査(1,100円)・・・H・ピロリ菌の有無の検査
- 胃内視鏡鎮静剤使用(1,700円)<使用時運転不可・70才以上申込不可>
- 喀痰細胞診(2,400円)・・・気管支や肺がんなどの検査

●検診は月曜日～土曜日を実施しています。(ただし、土曜日はベーシックコースのみ)

検診希望日

1.第一希望 _____ 月 _____ 日()

2.第二希望 _____ 月 _____ 日()

3.第三希望 _____ 月 _____ 日()

■これまで、血糖値に関して注意を受けられたことはありますか? あり ・ なし

■これまで、当院の人間ドッグを受けたことがありますか? あり ・ なし

■これまで、当院で診察を受けられたことがありますか? あり (_____ 年 _____ 月ごろ) ・ なし

■当院の診察券をお持ちであれば、登録番号をご記入ください。(_____)

●割引のご希望 該当のものに 印をしてください。(重複割引不可)

<input type="checkbox"/> リピート割引 診察券の登録番号をご記入ください。 ID _____	<input type="checkbox"/> 家族割引 ご家族が同時に受診される場合は、ご家族のお名前をご記入ください。ただし、この申込書は1人ずつ個 同伴者氏名 _____	<input checked="" type="checkbox"/> 団体割引 お申し込みは、お受けになる方1人ずつ個別にご記入いただき、団体名または代表者の方のお名前をご記入ください。 団体名または代表者氏名 三原商工会議所
---	--	---